



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

HUMANIS PREVOYANCE

TSA 47 371
34 186 MONTPELLIER Cedex 4
Tél : 09.77.40.06.80

**ACCORD COLLECTIF DEPARTEMENTAL
FRAIS DE SANTE DU 4 DECEMBRE 2015 DU VAR**

Adhésion

Modification d'adhésion

BULLETIN D'ADHESION

Cadre réservé à Humanis Prévoyance

N° Entreprise : _____

N° Contrat : _____

Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

**Frais de santé obligatoire
« socle »**

Code distributeur : _____

Taux : _____

Raison sociale : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse de correspondance (si différente) : _____

Téléphone : _____ Télécopie : _____ e-mail : _____

Date de création : _____ Forme juridique : _____

Code NAF : _____ N° SIREN : _____ IDCC n° : _____

Nature de l'activité : _____

Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____ agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires⁽¹⁾ déclare adhérer au contrat d'assurance collectif « socle » du régime frais de santé référencé ci-dessus, auprès d'Humanis Prévoyance, en vue d'appliquer les dispositions du régime frais de santé de l'Accord collectif départemental du VAR du 4 décembre 2015, au profit des catégories suivantes* :

Salariés non affiliés à l'AGIRC ayant un contrat de travail à durée indéterminée et salariés ayant un contrat de travail d'une durée supérieure à 3 mois

Salariés non affiliés à l'AGIRC ayant un contrat de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois – Si l'employeur ne coche pas cette case, il respectera le dispositif versement santé.

S'il coche cette case, il rend cette adhésion obligatoire, ce qui veut dire que l'employeur participe au financement de la cotisation (50/50)

⁽¹⁾ *L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'Adhérent, la présente demande doit être signée par un représentant légal ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement. Afin d'enregistrer l'adhésion l'employeur doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association*

TOURNEZ SVP ►

> ENGAGEMENT

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du bulletin d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance. Les cotisations figurent en annexe du présent bulletin d'adhésion.

L'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du présent contrat collectif obligatoire (le présent bulletin d'adhésion et les conditions générales référencées « CG – Accord VAR– FS – janvier 2019 » où figurent les garanties) et avoir reçu la notice d'information référencée « NI – Accord VAR – FS – janvier 2019 ».

La rémunération perçue par le personnel HUMANIS Prévoyance, au titre de la distribution du contrat, a la nature d'un salaire

L'entreprise

Humanis Prévoyance

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur

Signature (et cachet)

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations que vous nous communiquez sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, vos données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, vos données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). Vous trouverez l'ensemble des durées de conservation de vos données sur le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe HUMANIS – cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 MALAKOFF Cedex. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Nous pouvons vous demander de nous fournir un justificatif d'identité pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande.

Pour en savoir plus, consultez le site internet du groupe HUMANIS à l'adresse URL suivante : <https://humanis.com/groupe/cnil-en-savoir-plus/>.

En tout état de cause, il vous est possible de saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

ACCORD COLLECTIF DEPARTEMENTAL FRAIS DE SANTE DU 4 DECEMBRE 2015

ANNEXE – COTISATIONS

BULLETIN D'ADHESION

FRAIS DE SANTE

Les cotisations contractuelles du régime complémentaire obligatoire frais de santé sont fixées pour les exercices 2019 et suivants à :

FRAIS DE SOINS DE SANTE	TAUX DE COTISATION
Salarié seul	1,00% du PMSS*

* *PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale (égal à 3 377 € euros en 2019).*